

P-125

指導経験の少ない臨床実習指導者のpitfall

庄原赤十字病院 リハビリテーション科

だいにい 谷出
すみ 純

【はじめに】自分自身の経験を振り返り、臨床実習指導に携わって間がない段階の指導者が陥りやすいpitfallについて考察する。
【実習前の準備】実習指導を担当するにあたり、日本理学療法士協会が発行している「臨床実習教育の手引き」と、あらかじめ養成校から提示された実習要綱で、実習の目的や実習内容を確認した。加えて、当課のオリエンテーション資料や実習日程表の準備、実習生が関わる症例の選択なども行った。これらの準備を行ったうえで、自分が学生の時に経験した臨床実習をイメージしながら実習指導を開始した。
【実習の経過】実習生が自ら行動を起こすことを期待していたため、指示や助言が不十分となり、実習生は漫然と見学する状況になっていた。また、指導内容は自分自身の受けた実習指導に沿ったため、レポート中心の指導になりがちであった。こうした状況に対し上司や先輩理学療法士からの助言があり、指導内容を修正した。その結果、実習生の方から指示を仰いだり確認を取るようになってきた。私自身も、レポートよりも臨床場面でしか経験できないことを重視した指導を心がけるようにした。さらに、先輩理学療法士が補助指導者として介入したことで、指導状況を共有することが可能となり、それまでの私には見えていなかった面に気付くことができた。
【考察】経験の少ない実習指導者は、自分の臨床実習で経験したことを基盤として実習指導を行いがちである。しかし、自分の経験だけでは補いきれない問題も多くある。実習指導はマニュアルや自分の経験のみにとらわれることなく、研修会や実習指導者会議への参加、文献等、多面的な情報収集とともに、経験豊富な実習指導者に意見を求めることが有用である。そのためには、普段から気軽に意見交換できる職場環境であることも大切である。

P-127

当院における偶発性低体温症の治療成績と治療戦略

秋田赤十字病院 救命救急センター

ふじた やすお 藤田 康雄、鈴木 裕子、中畑 潤一、土佐 慎也

偶発性低体温症は目撃無しの心停止例であっても社会復帰可能な場合がある。当院における偶発性低体温症例の治療成績を調査し、今後の治療戦略を検討した。
【対象】平成16年4月から平成23年3月までに当院に搬送された、受診時深部温32℃以下の40例。
【結果】男25例、女15例で、深部温<28℃は19例であった。低体温の原因としては、偶発的事故によるものが14例、基礎疾患が原因と思われるものが23例、自殺企図が3例であった。救急隊到着時心停止は5例で、接触時心電図所見は心室細動2例、心静止3例であった。搬送中に洞調律の1例と心静止の2例が心室細動に移行した。到着時心停止6例中1例は深部温26℃で、5例が16℃～24℃であった。このうち3例が外来死亡、3例が社会復帰した。非心停止で搬送された34例のうち8例が死亡したが、いずれも基礎疾患の悪化が原因であった。復温方法としては、加温輸液のみ25例、加温輸液＋体温調節マット12例、PCPS3例であった。28℃以上の症例では加温輸液±電気毛布による復温が多かった。以前は加温輸液のみが多く、近年は体温調節マットの使用が増加していた。PCPSは心室細動で病院到着したうちの3例に使用されており、全例社会復帰した。
【結語】偶発性低体温症に対しては、深部温28℃以上であれば加温輸液±電気毛布で対応可能である。25℃～28℃では加温輸液に体温調節マットが有効であるが、心停止に移行する可能性を考えPCPSをすぐに装着できる準備が必要である。25℃以下ではPCPS装着を考慮して良いと考える。発見時若しくは搬送時に心静止であっても、PCPSを使用して復温・心拍再開を行うことは有効である。

P-126

災害救護での理学療法士としての取り組み

岡山赤十字病院 リハビリテーション科

はた 賢俊、まさとし 小幡 賢吾、片岡 昌樹、小西池泰三

【はじめに】平成23年3月11日に起こった東日本大震災にあたり、私は日赤救護班の一員として救護活動に参加する機会を得た。当初は主事としての役割であったが、同行医師の指示により理学療法士としての活動を行うことができた。今回、理学療法士の視点で見た被災地状況と問題点、実施内容を報告する。
【活動経過】我々は第6班として3月28日に岡山を出発。29日から岩手県山田町の避難所を拠点として、3日間の救護活動を行った。到着した頃には急性期治療の必要性は減少しており、拠点の避難所以外に3か所の避難所の巡回診療、個人宅への訪問診療を行った。
【理学療法実施内容】医師の指示のもと、集団健康体操、慢性疼痛疾患に対するセルフケア・日常生活指導、深部静脈血栓症のチェックと運動指導を実施。変形性関節症や肩関節周囲炎の悪化が認められる方には治療、運動指導を行った。また巡回診療では、片麻痺患者への治療、介助者への助言。自宅で寝たきりの患者に対し、褥創チェックとポジショニング。家族への体位変換や飲食時の指導等を行った。
【問題点】長期の避難所生活では、様々な要因により動作が制限される。そのため廃用症候群や深部静脈血栓症の発症が考えられる。また施設入居中の避難者を突然家族が介護するため、対応に苦慮するケースもあった。地域の避難所では、高齢者の労働も多く、慢性疼痛や身体・精神面へのストレス増大などが予測された。
【まとめ】今回の災害では、急性期医療よりも慢性期医療が早期から要求されていた。我々はそれを認識し、早い段階からリハビリテーション医療の介入を行うことで避難者のニーズに対応できていたのではないかと感じた。最後に、東日本大震災の被害を受けた皆様に謹んでお見舞い申し上げます。被災地の日も早い復興をお祈り申し上げます。

P-128

IIIb(Pt)型腓損傷に対し経主腓管的ドレナージが奏効した1例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

ながお つよし 長尾 剛至、菅江 貞亨、久保 博一、原田 真吾、柿添 学、長田 俊一、長谷川誠司、小尾 芳郎、阿部 哲夫

症例は53歳男性。飲酒後に転倒し左側胸部を強打し救急搬送された。来院時vital signsは安定していたが、CT上腓体尾部損傷を認め、腓尾部の断裂から主腓管損傷が疑われた。その後、救急外来で出血性ショックとなったが、初期輸液療法、輸血に反応し再度vital signsは安定した。緊急手術・TAE・緊急ERPが考慮されたが本人が強く拒否、また全身状態安定していたため、絶食、蛋白分解酵素阻害薬による保存的加療を開始した。一度腹部症状、検査所見ともに軽快は得たものの、第11病日に食事を開始したところ、再度発熱・腹痛が出現、CT上最大径11cmの外傷性仮性腓嚢胞を認めた。第17病日にERCPにて主腓管損傷を伴うIIIb(Pt)型腓損傷と確定診断、また造影剤が嚢胞内に限局していたため、経主腓管的嚢胞ドレナージチューブを留置し保存的に治療を継続した。その後ドレナージ良好であり、炎症反応、臨床症状ともに改善したため、第25病日から経口摂取を開始、CT上仮性腓嚢胞も消失した。内ろう化チューブに入れ替えて退院し、現在再燃なく外来で経過観察中である。IIIb(Pt)型腓損傷に経主腓管的ドレナージが奏効した1例を経験したので報告する。